Stanford University Library
MAY
23
1904

Zur Casuistik erfolgreicher chirurgischer Eingriffe bei Hysteria gravis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gerhard Rüdiger,
approb. Arzt aus Lübeck.

Kiel 1903.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Zur Casuistik erfolgreicher chirurgischer Eingriffe bei Hysteria gravis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gerhard Rüdiger,
approb. Arzt aus Lübeck.

Kiel 1903.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 130.

Rektoratsjahr 1902/1903.

Referent: Dr. **H. Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Fischer,**
z. Z. Dekan.

Seiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0147

Wenngleich sich in neuerer Zeit eine immer stärker werdende Abneigung gegen chirurgische Eingriffe bei Fällen von schwerer Hysterie zeigt und man der Ansicht zuneigt, daß die Behandlung in erster Linie in psychischer Einwirkung zu bestehen habe, so spricht doch der dieser Arbeit zu Grunde liegende Fall dafür, daß ein chirurgisches Vorgehen durchaus nicht immer abzuweisen ist. An der Hand desselben den Nachweis zu führen, wann eine Berechtigung ja sogar Indikation zum Operieren vorliegt, soll Gegenstand dieser Abhandlung sein.

Die Auffassung von der Hysterie, welche in früherer Zeit dahin ging, daß diese in einer vom Uterus ausgehenden Erkrankung des Organismus bestehe, wurde zuerst durch den französischen Forscher Lepois in's Wanken gebracht, welcher die Behauptung aussprach: „Hysterica symptomata vulgo dicta omnia fere viris cum mulieribus communia sunt". Er faßte zuerst die Hysterie als „Neurose" auf und verlegte den Hauptsitz der Erkrankung in das Gehirn.

Auch Briquet, ein Hauptvertreter der französischen Schule, kommt in seiner Schrift „Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris 1859" zu fast gleichen Ergebnissen und weist jeden Zusammenhang der Hysterie mit den weiblichen Sexualorganen von der Hand.

Erst Charcot war dazu berufen die allgemeinen Gesetze festzustellen, welche die verwickelte Gesamtheit des hysterischen Krankheitsbildes verknüpfen, eine genaue

Charakteristik der Anfälle zu geben und die Beziehung zwischen Hysterie und Epilepsie klar zu legen. Er und seine Schüler haben eine völlige Umgestaltung der ganzen Lehre herbeigeführt und die Forschung in neue Bahnen gelenkt.

Charcot betont „daß der Geistes- und Seelenzustand der Hysterischen ebenso wie die somatischen Stigmata zu dem allgemeinen Krankheitsbilde gehören, und daß nur unter Berücksichtigung der seelischen Vermittlung der verschiedenen Vorgänge ein Verständnis jener vielgestaltigen und ungreifbaren Krankheit möglich und eine einheitliche Deutung derselben zu erzielen sei". —

Nach seiner Auffassung bildet die Hysterie stets ein ererbtes Leiden, er spricht allen andern Ursachen nur die Bedeutung von „agents provocateurs" zu, d. h. Gelegenheitsursachen, welche wohl den schlummernden Krankheitskeim zur Entwicklung zu bringen vermögen, indessen nicht imstande sind die Krankheit zu erzeugen. Wenngleich dies wohl zu weit gegangen sein dürfte und wir bei fehlender Anlage einer stärker wirkenden Ursache bedürfen, nur um die Hysterie ins Leben zu rufen, so ist doch diese seine Auffassung, nach welcher er die Hysterie als „Psychose par excellence" erklärt, die maßgebende geblieben und hat sich auch in Deutschland mehr und mehr Bahn gebrochen.

Auf dieser neu geschaffenen Grundlage machte man sich an die Erforschung der aetiologisch in Betracht kommenden Faktoren. Als die wichtigste prädisponierende Ursache ist die erbliche Belastung anzusehen. Sie liegt in mindestens 40, nach Hammond sogar in über 60% aller Fälle zu Grunde. Von großem Einfluß sind schwächliche Konstitution, angestrengte körperliche wie geistige Arbeit, schwächende Krankheiten, auch ist Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett geeignet die Widerstandskraft des Nervensystems herabzusetzen. Besonderes Gewicht ist auf die Erkrankung der weiblichen wie männlichen Sexual-

organe zu legen, daneben kommen die chronischen Intoxikationen (Alkohol, Blei, Morphium) in Betracht.

Überhaupt sind die Gelegenheitsursachen so zahlreich, daß es nach Ansicht von Guinon kaum ein Leiden gibt, welches nicht gelegentlich eine Hysterie auszulösen im stande wäre. Eine besondere Würdigung als veranlassende Schädlichkeit verdient noch das Trauma, doch muß hervorgehoben werden, daß das wirksame Prinzip nicht in dem Trauma an und für sich, sondern vielmehr in dem damit verbundenen psychischen Schock zu suchen ist. Unter allen Affekteinwirkungen ist der Schreck weitaus der wirksamste Faktor. Auch in unserm späterhin zu beschreibenden Fall hat eine starke Gemütsaffektion den Anlaß zum Ausbruch der Krankheit gegeben. —

Das überaus wechselreiche Bild der Hysterie wollen wir als bekannt voraussetzen und in dieser kurzen Abhandlung nicht auf die in weiten Grenzen schwankenden, vielfach bunt verschlungenen Symptomkomplexe eingehen.

Von den therapeutischen Maßregeln, welche zur Hebung hysterischer Beschwerden angewandt sind, haben für diese Arbeit nur diejenigen Interesse, welche auf chirurgischem Wege eine Heilung beweckten.

Hier kommen in erster Linie die Eingriffe in Betracht, welche sich direkt gegen die causa nocendi richten. Zu dieser Kategorie gehört der von Brocca in dem „Archivio italiano per le malattie nervose 1890“ mitgeteilte Fall. Er lehrt uns, daß in der Tat die Hysterie durch ein organisches Leiden bedingt sein kann und darum auf operativem Wege häufig Heilung zu erzielen ist. Es handelt sich in demselben um eine schwer psychopatisch belastete Frau. Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Melancholie, verbunden mit Selbstmordgedanken, Gehörshallucinationen und dem Gefühl eines schweren Körpers im Leibe bildeten den hervorstechendsten Symptomkomplex. Der objektive Befund ergab Retroflexio uteri und vergrößerte Ovarien, welche bei Be-

rührung heftige Schmerzen verursachten. Von mehreren Psychiatern wurde die Diagnose auf eine von den Ovarien ausgehende Reflexpsychose gestellt.

Es wurde die Entfernung beider Ovarien vorgenommen und der Uterus in normaler Lage fixiert. 7 Wochen nach der Operation konnte die Pat. in geistiger wie körperlicher Hinsicht als geheilt entlassen werden.

Dieser Fall, in welchem die direkte Ursache der Erkrankung operativ beseitigt und dadurch Heilung aller hysterischen Erscheinungen herbeigeführt wurde, steht durchaus nicht vereinzelt da, indessen lehren doch auf der andern Seite zahlreiche Erfahrungen, daß nach einem ähnlichen chirurgischen Eingriff keine Besserung, ja sogar eine Verschlimmerung des Leidens eintrat.

So z. B. berichtet Glauner in seiner Dissertation 2 Fälle von traumatischer Neurose, in welchem Narbenexcisionen ausgeführt wurden, trotzdem aber keine Heilung eintrat. Bungert stellt in seiner Dissertation eine kurze Statistik auf über einige Fälle, in welchen wegen ausgesprochener Hysterie die Kastration vorgenommen wurde. Er fand 7 Fälle, in denen erfolgreich operiert wurde, dagegen 14, bei welchen das Leiden in geringerem oder stärkerem Maße nach der Operation bestehen blieb.

Man darf den günstigen Verlauf der angeführten Fälle nun keineswegs der ausgeführten Operation allein zusprechen, sondern muß sich fragen, ob nicht dem psychischen Eindruck der Behandlung die meiste Wirksamkeit zuzuschreiben ist. Strümpell hält deshalb ein operatives Vorgehen nur für berechtigt, sobald es sich um die vollkommen sichere Diagnose einer Organerkrankung handelt, also ist auch eine Kastration nur indiziert, sofern eine nachgewiesene Erkrankung der Ovarien vorliegt.

Für die Fälle, in denen die Untersuchung der Organe negative Resultate ergibt, soll der Hauptwert auf die psychische Behandlung gelegt werden.

In eine zweite Reihe der operativ zu behandelnden hysterischen Erkrankungen gehören jene Fälle, in welchen durch einen bestimmten hysterischen Symptomkomplex ein organisches Leiden vorgetäuscht wird und erst durch ein operatives Freilegen des vermeintlichen Krankheitsherdes die Diagnose sichergestellt werden kann.

Im Neurologischen Centralblatt 1899 werden von Sander zwei unter diese Rubrik fallende Erfahrungen mitgeteilt.

Im ersten Fall handelt es sich um Hysteria gravis bei einem 23 jähr. Manne. Durch Meteorismus, Erbrechen und Hyperästhesien wurde eine Appendicitis und Darmstenose vorgetäuscht. Erst eine zweimalige Laparotomie brachte volle Klarheit in das Krankheitsbild.

Der zweite Fall betrifft ein 24 jähr., schwer hysterisches Mädchen. Meteorismus, Erbrechen, Ovarialgie, künstliches Erythem, Vortäuschung von Fieber und Urinverhaltung gaben im Verlauf eines Jahres zu einer viermaligen Laparotomie Veranlassung, für welche einmal die Annahme Perityphlitis, einmal der Verdacht auf Perforationsperitonitis die Indikation lieferte. Durch die Chirurgie ist also in diesen Krankheitsfällen nur insofern der Therapie Hülfe geleistet worden, als sie die Diagnose ganz sicher stellte und somit eine energische Behandlung des hysterischen Grundleidens ermöglichte.

Die dritte Art, auf welche die Chirurgie für die Therapie von großem Wert sein kann, bilden die Scheinoperationen.

Nur zu häufig beschrieben sind die Fälle, in welchen durch einen Hautschnitt und einige Nähte, ja sogar oft nur durch das Anlegen eines Verbandes in Narkose, dem die Versicherung des Arztes folgte, hier sei eine bestimmte Operation vorgenommen, frappierende therapeutische Erfolge erzielt wurden. —

Der von uns nun näher zu betrachtende Fall erheischt insofern besonderes Interesse, als er zeigt, wie operatives Vorgehen durch Sicherstellung der Diagnose für den Arzt

von größtem Wert, auf der andern Seite für den Patienten von segensreichster Wirkung sein kann.

Wir lassen kurz die 4 Krankengeschichten der J. N. folgen.

Erster Krankenbericht aus dem Hospital zu H.

Aufnahme am 2. September 1901.

Diagnose: Ulcus ventriculi und Hysterie.

Anamnese: Patientin J. N., Verkäuferin, 24 Jahre alt, sucht wegen heftiger Magenschmerzen, welche vor 3 Wochen plötzlich aufgetreten sind, das Krankenhaus auf. Die Beschwerden sind dauernd vorhanden, steigern sich nach dem Essen. Erbrochen hat Pat. nie. Vor etwa einem Jahr wurden dieselben Schmerzen mit Arg. nitr. und heißen Umschlägen behandelt. Vor etwa 1/4 Jahr Konstatierung einer Wanderniere. Seit 2 Wochen besteht Ausfluß aus den Genitalien. Ziehende und reißende Schmerzen im Unterleib. Als Kind hat Pat. an Drüsen gelitten. Die Menses sind schmerzhaft, regelmäßig alle 3 Wochen und 8 Tage anhaltend. Der Schlaf ist in letzter Zeit schlecht, der Appetit fehlt, der Stuhl unregelmäßig.

Status: Pat. ist von mittelgroßer Statur, schmächtig, in mäßigem Ernährungszustand, es bestehen heftige Schmerzen, welche nach dem Rücken ausstrahlen, und häufiges Aufstoßen. Hals und Rachen sind frei. Kein Ödem, kein Exanthem. Die Lungen zeigen reines Vesiculär-Atmen. Es besteht weder Husten noch Auswurf. Herzdämpfung nicht vergrößert, die Töne sind rein und regelmäßig.

Das Abdomen ist mäßig aufgetrieben, zwischen Schwertfortsatz und Nabel besteht große Druckempfindlichkeit, auch spontane Schmerzhaftigkeit. Die linke Nierengegend verursacht auf Druck ebenfalls Schmerzen. Kurz vor dem Wasserlassen treten Beschwerden auf, diese schwinden jedoch mit der Entleerung der Blase.

Der Urin ist frei von Albumen.

Verlauf: In den ersten Tagen der Behandlung, in welchen Bismut. subnitr. 6 mal 1 g. verabreicht wird, stellt sich keine Besserung ein. Nach Genuß von Speisen oder Getränken steigern sich die Schmerzen derart, daß man zu einer Ernährung durch Klystiere gezwungen wird.

In der Nacht vom 9.—10. Sept. erfolgt auf einen Schluck Milch heftiges Erbrechen. Orthoform bleibt auf die Schmerzen ohne Einfluß. Verordnung von aqua chlor. 3 mal 10 Tr.

In den folgenden Tagen Befinden etwas besser, es treten länger anhaltende Remissionen der Magenschmerzen ein.

Am 20. Sept. zeigt sich eine ausgesprochene Empfindlichkeit des Rückens, besonders linkerseits. Besserung durch Anwendung eines Eisbeutels.

Am 26. Sept. wird 4. Form ohne merkliche Beschwerden ertragen.

Am 30. Sept. klagt Pat. über ziehende Schmerzen in den Rücken und Extremitätenmuskeln.

Der Zustand der Pat. bessert sich langsam, sie genießt dauernd 4. Form, nimmt an Gewicht zu und kann am 19. Okt. 01 als gebessert entlassen werden.

Zweiter Krankenbericht aus dem Hospital zu H.

Aufnahme am 12. Februar 1902.

Diagnose: Nervöses Magenleiden im Anschluß an ulcus.

Anamnese: Seit etwa 14 Tagen klagt Pat. über andauernde brennende Schmerzen in der Magengegend, welche nach dem Rücken ausstrahlen. 1/4 Std. nach dem Essen nehmen sie stark an Intensität zu, Verminderung derselben bei Rückenlage.

Am Morgen des 12. Febr. erfolgte nach dem Genuß von wenig Kaffe unter starkem Übelbefinden heftiges Erbrechen. Schlaf und Appetit sind seit längerer Zeit gestört, der Stuhl ist seit einigen Wochen dünnflüssig.

Status: Wangen gerötet, Haut und Schleimhäute blaß. Befund der Lungen und des Herzens wie oben.

Puls etwas beschleunigt, klein und regelmäßig. Hämoglobingehalt 87 %. Lebermaße $11\frac{1}{2} : 7 : 8\frac{1}{2}$. Milz nicht vergrößert, Urin eiweißfrei, ohne Zucker, mäßig reichlich Indoxyl vorhanden.

Abdomen nicht aufgetrieben, Pat. spannt stark. Die Palpation der Gegend zwischen Proc. ensiformis und Nabel ist sehr schmerzhaft. Nach Genuß von Wasser tritt eine erhebliche Steigerung der Beschwerden auf, verbunden mit Aufstoßen.

Verlauf. Da eine Ernährung auf natürlichem Wege nicht möglich ist, werden Nährklystiere verordnet (250 g. Milch, 1 Ei, 5 Tr. Tinct. opii), daneben eine Eisblase auf den Leib. Die Schmerzen dauern trotz aller therapeutischen Versuche unverändert fort. Da Pat. über heftiges Ziehen im Kreuz klagt, wird am 13. Februar eine Genitaluntersuchung vorgenommen. Das Hymen ist erhalten, die Scheide eng, Portio virginis sieht nach links. Uterus wegen Spannen und großer Empfindlichkeit der Patientin nicht deutlich abzugrenzen.

Nach wenigen Tagen leichter Besserung tritt am 16. Februar wieder ein neuer Schmerzanfall auf, sodaß Pat. klagt und jammert. Belladonna und Orthoform bleiben ohne Wirkung.

Am 17. Februar haben unter Eisbehandlung und Darreichung von aqu. chlor. die Schmerzen nachgelassen. Eine Schleimsuppe wird am 19. Februar gut vertragen. Vom 24. Februar an kann Pat. 4. Form genießen. Am 5. März sind die Magenschmerzen völlig gechwunden.

Die am 10. März vorgenommene Genitaluntersuchung ergibt folgendes. Vulva, introitus urethrae et vaginae entzündlich gerötet, sehr kleiner anteflektierter Uterus. Gegen die Vulvitis werden Borwasserdouchen, Kompressen und Kleiebäder in Anwendung gebracht.

Pat., welche in den letzten Tagen bereits 3. Form gut vertragen hat, bekommt in der Nacht auf den 1. April heftiges Erbrechen. Die Untersuchung des erbrochenen Mageninhalts ergibt das Fehlen freier Salzsäure, Milchsäure ist vorhanden. Das deutliche Plätschergeräusch, welches der Magen zeigt, führt zum Verdacht auf Dilatatio ventriculi, die Flüssigkeitszufuhr wird deshalb beschränkt.

Vom 6. April an erhält Pat. Zwieback, Roborat und Maizena. Gegen das saure Aufstoßen wird Orthoform verordnet.

Eine am 11. April eintretende Exacerbation der Schmerzen wird durch Bismut. subnitr., Breiumschläge und Wärmeapparat bekämpft. Die Heftigkeit der Schmerzen führt am 13. April zur Anwendung von Orthoform und Atropin 0,0005.

Am 15. April führt der Zweifel an der Intensität der Schmerzen zu einer teils aus disziplinarischen Gründen unternommenen Spülung des Magens. Derselbe wurde 6 Stunden nach der Probemahlzeit leer gefunden. Seit dieser Zeit werden weniger Klagen geäußert. Am 21. April zeigt der Zustand eine deutliche Besserung.

Am 23. April wird Pat. wegen ungebührlichen Benehmens entlassen.

Dritter Krankenbericht aus dem Hospital zu „St.“

Aufnahme am 16. September 1902.

Diagnose: Altes ulcus ventriculi, nervöse Magenbeschwerden.

In der Anamnese wird die Entstehung des Leidens vor ca. $^5/_4$ Jahren mit einem großen Schreck in Verbindung gebracht, welchen Pat. durch die Nachricht von dem plötzlichen Tod ihrer Mutter erhielt. Die Hauptbeschwerden bestehen seit mehreren Wochen in brennendem Gefühl in der Magengegend, Appetitlosigkeit und häufigem Erbrechen. Körperliche Anstrengung, wie das Aufsitzen im Bett, verschlimmert den Zustand.

Der Status weicht von dem oben beschriebenen Bilde insofern ab, als der Schmerz auf die linke Hälfte des Abdomens beschränkt ist, besonders stark in Höhe des Nabels ausgeprägt ist und sich nach oben bis unter den linken Rippenbogen, nach unten bis ins linke Parametrium hinzieht. Auf dem Rücken neben der Wirbelsäule unterhalb der 12. Rippe findet sich eine äusserst druckempfindliche Stelle.

Die Säureverhältnisse des Magens ergeben als Gesamtacidität 0,164, Gehalt an freier H Cl 0,135. Gehalt an locker gebundener H Cl 0,0803.

Verlauf: Bismut. subnitr., Tinct. Valer., daneben Nährklystiere (500 g. Milch, 2 Eier, Rotwein und Pepton) führen zur Besserung.

Gegen wieder eintretende Verschlimmerung wird am 23. September die Faradisierung des Abdomens vorgenommen.

Die anfallsweise auftretenden heftigen Schmerzen bleiben bestehen, indessen bessert sich der Appetit. Pat. genießt des Morgens 200 bis 300 cbcm „Cacao in Milch“, des Mittags Schleimsuppe, des Abends wird Cacao mit Zwieback gut vertragen.

Auf Wunsch wird Pat. am 4. Oktober 1902 als gebessert entlassen.

Vierter Krankenbericht aus dem Hospital zu A.

Aufnahme am 4. Dezember 1902.

Diagnose: Hysteria gravis. Anamnese und Status zeigen keine sonderlichen Abweichungen von den früheren.

Verlauf: Auch hier ist man wegen der äusserst heftigen Magenbeschwerden auf Ernährung durch Klysma angewiesen. Die Schmerzen sind zeitweilig so groß, daß es zu krampfähnlichen Anfällen kommt. Pat. schreit laut, verdreht die Augen, greift mit den Händen in die Luft und zeigt eine stark beschleunigte Respiration.

Injektionen von Aqua dest. unter der Zusicherung, es sei Morphium, mildern die Beschwerden.

Pat. suchte zweimal eine Temperatursteigerung vorzutäuschen.

Auf speziellen Wunsch der Pat. wird am 19. Januar 1903 die Laparotomie vorgenommen. Diese wird in Ätharnarkose ausgeführt. Der Schnitt verläuft in der Längsrichtung des Abdomens, etwas rechts von der Medianlinie. Bei Eröffnung der Bauchhöhle tritt zuerst das Lig. hepatis zu Gesicht.

Der Magen wird hervorgezogen, soweit derselbe nebst Pylorus und Duodenum sichtbar ist, zeigt er eine blaßrosa gelbliche Färbung und ist durch Luft etwas aufgetrieben. Pylorus ist etwas weiter als normal, Duodenum ebenfalls in noch etwas stärkerem Maße, so daß auf den ersten Blick Magen und Zwölffingerdarm fast den Eindruck eines Sanduhrmagens machen. Die genaue Abtastung ergibt nirgends eine Spur von Verhärtung oder Narbenbildung. Es folgt die Reposition des Magens. Die Peritonealwunde wird durch Seide, die Muskelwunde durch Catgut geschlossen, der Hautschnitt wird durch Seidenwurmnaht vereinigt.

Suggestionis causa wurde der Pat. mitgeteilt, es hätten Verwachsungen und Wucherungen an der Außenseite des Magens bestanden, welche nun beseitigt seien, in derselben Weise wurden die Angehörigen unterrichtet.

In den nächsten Tagen klagt Pat. sehr über Wundschmerzen, doch lassen dieselben nach Genuß von Speise bedeutend nach. Pat., welche bis zur Operation fast ausschließlich durch Klysma ernährt war, verlangt sehr bald zu essen. Die Magenbeschwerden sind von der Stunde an völlig geschwunden, es wird erst leichtere, dann festere Kost verabreicht und gut vertragen.

Das schlechte Allgemeinbefinden, welches sich am sechsten Tage nach der Operation einstellt, ist auf die eingetretenen Menses zurückzuführen. Da durch die Wund-

schmerzen die Bauchpresse beeinträchtigt ist, vermag Pat. nicht zu urinieren und zu defäzieren. Es muß dauernd kathetrisiert werden, am 25. Januar erfolgt auf ein Klystier Stuhlentleerung.

Am 26. Januar wird die Entfernung der Nähte vorgenommen, die Heilung ist per primam vor sich gegangen.

Am 4. Februar wird wegen eingetretener Cystitis eine Blasenspülung mit Itrol 1 : 4000 vorgenommen, daneben Urotropin verordnet.

Am 5. Februar verläßt Pat. zuerst das Bett.

Die Gehversuche bessern sich von Tag zu Tage. Wenngleich noch zahlreiche Beschwerden bestehen, welchen jedoch keine größere Bedeutung beigelegt werden kann, so sind doch die Magenschmerzen dauernd verschwunden, der Appetit gut und die Toleranz des Magens gegen durchaus nicht reizlose Speise, eine ausgezeichnete.

Nach dem chirurgischen Befunde und Erfolge ist es klar, daß es sich in erster Linie um hysterische Symptome handelte, welche zu der Diagnose „ulcus ventriculi“ oder „altes ulcus ventriculi“ und zu einem diesbezüglichen therapeutischen Vorgehen Veranlassung gaben. Nicht nur die geringe Besserung, welche Pat. trotz langer und vielseitiger Behandlung spürte, spricht dafür, sondern auch das direkt auf den operativen Eingriff folgende, dauernde Fernbleiben aller Magenbeschwerden.

Gerechtfertigt wird in unserm Fall das chirurgische Vorgehen durch den Verdacht eines ev. bestehenden organischen Magenleidens (als Probelaparotomie), daneben machte die Befolgung des Wunsches, operiert zu werden, bei einer so schwer Hysterischen die Aussicht auf eine Hebung der Beschwerden in hohem Maße wahrscheinlich.

Zum Schluß sei es mir gestattet, Herrn Professor Petersen für die Anregung zu der vorliegenden Arbeit sowie Herrn Professor Siemerling für die freundliche Überlassung des litterarischen Materials meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankenheiten. Berlin 1902.

Strümpell. Krankheiten des Nervensystems. 1900.

Bungert. Inaug.-Dissertation. Berlin 1887.

Glauner. Inaug.-Dissertation. Tübingen 1896.

Hirt. Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten.

Kraepelin. Klinische Psychiatrie. Leipzig 1899.

Vita.

Verfasser, Gerhard Rüdiger, evangelischer Konfession, Sohn des Pastors Johannes Rüdiger, wurde am 7. Juli 1876 zu Neustrelitz geboren. Bis zum 12. Lebensjahre genoß er den Unterricht im Vaterhause zu Hinrichshagen (Mecklenburg-Strelitz). Von Ostern 1888 bis Ostern 1889 besuchte er das Gymnasium zu Neustrelitz, erfuhr seine weitere Ausbildung auf dem Katharineum zu Lübeck, verließ dasselbe Ostern 1896 mit dem Zeugnis der Reife. Fünf Semester lang widmete er sich dem Studium der Theologie, wandte sich jedoch Michaelis 1898 der Medizin zu. Nach dreisemestrigem Studium, welches er in Kiel verbrachte, wurde ihm gestattet das Tentamen physicum zu machen. Nachdem er seine Studien in Berlin fortgesetzt und in Kiel beendet hatte, bestand er am 14. Februar 1903 das Staatsexamen.

All meinen hochverehrten Lehrern sei an dieser Stelle der ehrerbietigste Dank ausgesprochen.